

~~VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH~~ Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*01.04.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[geschwärzt]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [geschwärzt]
- FG14
  - [geschwärzt]
  - [geschwärzt]
- FG17
  - [geschwärzt]
- FG 32
  - [geschwärzt]
- FG 34
  - [geschwärzt]
  - [geschwärzt]
- FG36
  - [geschwärzt]
- FG37
  - [geschwärzt]
- IBBS
  - [geschwärzt]
- Presse
  - [geschwärzt]
- ZIG1
  - [geschwärzt]
- INIG

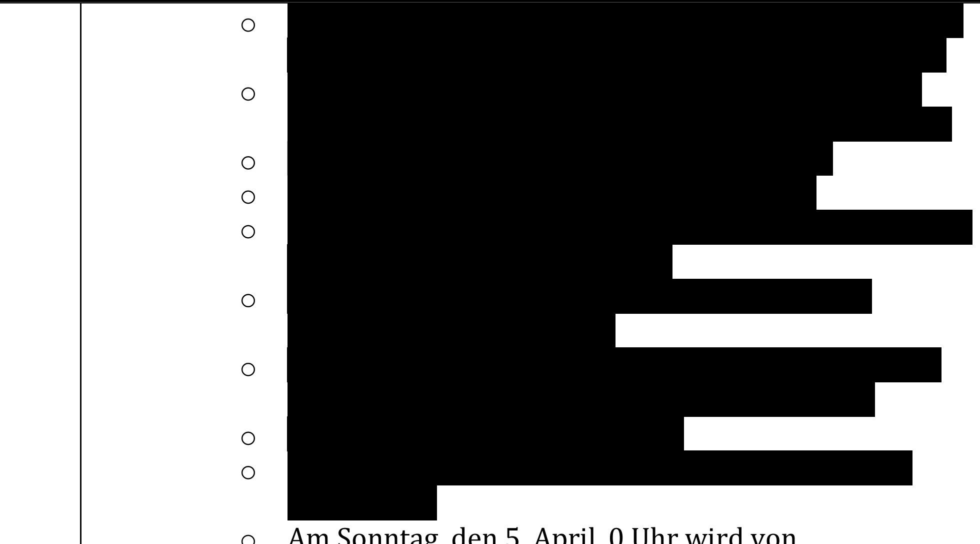
- ○ [redacted]

- BZGA
  - ○ [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag ▪ In Italien hält der abnehmende Trend an, die Maßnahmen scheinen sich langsam in der Fallzahl widerzuspiegeln. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Keine großen Änderungen in Österreich und Schweiz: Ist der Rückgang der Neuinfizierten auf Änderungen in Surveillance oder Teststrategie zurückzuführen, oder handelt es sich tatsächlich um eine Abnahme der Fallzahl? ▪ Die Diagramme zeigen die Anzahl der neuen Fälle pro Tag, und zeigt das gleitende Mittel der letzten (6?) Tage als Kurve. ○ <u>Skandinavien</u> ▪ Anstieg in Gesamtskandinavien, Hauptanteil an Fällen in Schweden, Norwegen und Dänemark. 1. Peak durch importierte Fälle; 2.Welle sind autochthone Fälle. ○ <u>Norwegen</u> ▪ 4.447 Fälle, 28 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 0,6%); hospitalisierte Fälle: 318 (ICU: 97); Inzidenz: 83,7 ▪ Anzahl Tests ist sehr hoch, Positivenrate: 4,8% ▪ Gestern wurde eine Studie begonnen, bei der eine repräsentative Anzahl von Personen aus ganz Norwegen ohne Symptome getestet wird. In Anlehnung an das „Island-Modell“: 6.163 Isländer ohne Symptome wurden getestet: 0,8% der Proben waren positiv. ▪ Maßnahmen: ähnlich wie in Deutschland Maßnahmen zur sozialen Distanzierung: Geschäfte haben noch geöffnet, öffentliche Einrichtungen wurden geschlossen. Einreiseverbot und Schließung der Grenzen: 14-tägige Heimquarantäne für Einreisende aus dem Ausland. Ab heute Einsatz einer Tracing-App, die auf bluetooth-Technologie basiert. Auch Reisebeschränkungen innerhalb des Landes.	ZIG1

- <u>Schweden</u>
  - ähnlich Anzahl Fälle wie in Norwegen: 4.435 Fälle, 180 Todesfälle (Anteil Verstorbener 4,1%); 358 Intensivfälle; Inzidenz: 44
  - Südschweden / Großraum Stockholm ist am meisten betroffen, hier wohnt der größte Teil der Bevölkerung.
  - Es wurden nur halb so viele Tests wie in Norwegen durchgeführt, bei ca. doppelter Bevölkerung. Die Positivenrate ist mit ca. 12% auch höher.
  - Seit 2 Wochen Testung wird auch innerhalb des Influenza-Sentinels getestet: 6% positiv sind positiv (ca. 150 Proben/Woche)
  - Surveillance geplant mit Selbstabstrich
  - In den meisten Regionen wird „Community transmission" angenommen
  - Maßnahmen zielen sehr auf Eigenverantwortung der Menschen, wenige restriktive Maßnahmen, setzen auf schnelle Entwicklung einer Herdenimmunität.
  - ECDC, Vergleich der Altersstrukturen: in Schweden ist die größte Anzahl positiver Tests in hohen Altersgruppen zu finden; sieht aus, als ob in erster Linie Ältere getestet werden würden; getestet werden vor allem Menschen, in Krankenhäusern.
  - Vermutlich eher Untererfassung von Fällen; ob Schweden Risikogebiet wird, soll morgen entschieden werden.
- <u>Dänemark</u>:
  - 2.815 Fälle, 90 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 3,2%); 533 Fälle hospitalisiert; Inzidenz: 48,3
  - Hauptsächlich Gegend um Kopenhagen betroffen.
  - Wenige durchgeführte Tests mit Positivquote von 12%.
  - Maßnahmen eher restriktiv: Verbot von Aktivitäten mit mehr als 10 Personen, geschlossene Einkaufszentren; Grenzkontrollen.
  - Diagramm zur Teststrategie mit Anzahl der Tests pro Tag: Teststrategie wurde in 2 Phasen geteilt: Eindämmungstestung bei durch Reisen importierten Fällen und Begrenzungstestung bei autochthonen Fälle. In der Mitte ist die Testung eingebrochen, was auf einen Mangel an Material für DNA-Extraktion zurückzuführen ist.
- Eine Abbildung mit Darstellung der täglichen Tests und Positivenquote wäre auch für Deutschland sinnvoll, um den Übergang von Testung aufgrund von Aufenthalt in Risikogebieten zur Testung aufgrund von Symptomatik und Schwere zu beschreiben. Es gibt

	jedoch nur wöchentliche Testzahlen. Für einen Teil der Labore sind tägliche Testzahlen in ARS verfügbar. Eine Visualisierung wäre zu begrüßen; wäre auch international von großem Interesse. Im Moment sind Ergebnisse von 3 Wochen verfügbar. Eine Abbildung könnte mit täglichen Berichten der ARS-Labore ab Anfang Januar ergänzt werden. *ToDo: Eine Abbildung auf BL-Ebene und für ganz Deutschland soll bis morgen vorbereitet werden, mit Positivraten und Umstellung des Testschemas* ○ TK der Modellierer: [geschwärzt] modelliert mit anderen Methoden als das Nowcasting von [geschwärzt] eine Kurzzeitprognose für wenige Tage. Beide gehen von R0 um 1 herum aus. Beide Modelle werden in einer kurzen Zusammenfassung veröffentlicht, mit Beschreibung der Unsicherheiten. Die Schätzungen sind als Triggerpunkt für eine Lockerung von Maßnahmen sinnvoll. Beide Bewertungen beruhen auf Meldezahlen, darüber hinaus sollten weitere Surveillancesysteme, wie die syndromische Surveillance, miteinbezogen werden. ○ Daten aus den syndromischen Surveillancesystemen sollten auch in die Gesamtbetrachtung der Situation und Diskussion der Triggerpunkte einbezogen werden ○ Ein Text hierzu, der auf den Ergebnissen von GrippeWeb und AGI-Daten beruht, ist in Vorbereitung, da die Wirkung der Maßnahmen auf die Suppression der ARE-Aktivität sensitiv ablesbar ist	
	ToDo: FG36 schreibt einen Text zu den Ergebnissen der syndromischen Surveillance, [geschwärzt] und [geschwärzt] schreiben zu Modellierungen ○ [geschwärzt] ○ Flüge aus Iran wurden verboten. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 67.366 (+5.453, 8%), davon 732 Todesfälle (+149), betroffene Landkreise 412 ○ Entwicklung der Fallzunahme, % Zunahme zum Vortag ▪ Alle Steigerungsraten werden mit Ausnahme der Wochenenden im Überblick dargestellt: heute 8% Steigerung im Vergleich zum Vortag. %-Zunahme ist schlechtes Maß, weil Nenner immer größer wird, soll so nicht dargestellt werden; nur der Trend soll interpretiert werden. ○ Die Bedeutung von internationalen Expositionsorten wird geringer.	FG32

<table>
<tr><td></td><td>

Am Sonntag, den 5. April, 0 Uhr wird von Risikogebieten Abstand genommen.
ToDo: Montag, 8 Uhr sollen die Risikogebiete von der Website genommen werden, Presse.

DIVI Intensivregister, Datenstand von gestern

Mittlerweile 912 meldende Kliniken/Abteilungen: 1876 Personen aktuell in intensivmedizinischer Behandlung.
Weitere Tabelle mit Angaben zu aktuell in Behandlung, beatmet, verstorben, frei und belegt; Angaben gesamt und nach BL. Unterteilt nach low care und high care, und wie viele Betten zusätzlich bereitgestellt werden können. Ergebnis: in Deutschland sind noch Kapazitäten vorhanden.
Bekommt das BMG die DIVI-Daten? Ja, wird intern verteilt.
Angaben zur durchschnittlichen Liegedauer der Patienten wären hilfreich; DIVI erfasst nur wenige Faktoren.
Umfangreichere Angaben sind über andere Tools verfügbar; Surveillance Hospitalisierter und Intensivfälle im KH von FG37 steht kurz vor der Datenschutzfreigabe und kann mehr Informationen, wie auch Dauer, liefern. Daten werden aber erst in einigen Wochen verfügbar.
Auch aus ICOSARI können Daten zur Beatmungsdauer beigesteuert werden.
Anzahl Labortestungen kommen 1* wöchentlich in den Lagebericht.

AGI-Syndromische Surveillance: in letzter Woche deutlicher Rückgang der ILI-Raten, betrifft alle Altersgruppen und ist ein direkter Beleg für den Einfluss der Maßnahmen.
Virologische Surveillance: die Positivenrate der Influenzaviren geht stark zurück, die Influenzasaison geht dem Ende entgegen.

</td><td>FG37</td></tr>
</table>

Die Geschwindigkeit des Rückgangs ist größer als in den Vorjahren.

- GrippeWeb: fieberhafte und akute respiratorische Erkrankungen gehen zurück.
- COVID-Fälle müssten irgendwann sichtbar werden. Bei Grippeweb+ mit ca. 100 Selbsttests, wurde bisher kein Fall gefunden.
- Auch beim AGI Sentinel wurden nur einzelne Fälle positiv getestet; noch kein Anstieg der Raten.
- [geschwärzt] Die Maßnahmen haben das exponentielle Wachstum gebremst, es gibt noch lineares Wachstum. Auch finden weiterhin noch viele Einträge in vulnerable Gruppen, z.B. Altenheime statt. Die Anzahl der Todesfälle hängt deutlich nach.
- <u>Schwere Fälle</u> (Informationen aus Angaben zur Schwere der Meldefälle):
  - Tabelle 2:
    - Anteil mit ILI-Falldefinition (Fieber und Husten) ist in allen Altersgruppen gleich, ab 60 Jahre nimmt der Anteil mit Fieber ab. COVID präsentiert sich dann als ARE und nicht als ILI.
    - Pneumonie: Angabe wird angekreuzt, bei fehlendem Haken ist nicht klar, ob keine Pneumonie vorlag oder die Information fehlt.
    - Hospitalisierung: bei älteren Altersgruppen sind häufiger Angaben zur Hospitalisierung zu finden. Bei 80jährigen und älter sind 58% hospitalisiert, in jüngeren Altersgruppen deutlich weniger.
    - Todesfälle: betrifft vor allem die ältesten Altersgruppen.
  - Tabelle 6, Risikofaktoren für Verstorbene (Verstorbene der letzte 14 Tage werden nicht betrachtet):
    - 3 verstorbene Fälle < 59, noch keine Angaben zu Risikofaktoren verfügbar, bei über 60jährigen spielen Risikofaktoren eine Rolle. Datenvollständigkeit ist nicht sehr gut - verbesserungswürdig
  - Diese Daten sind relevant in Hinblick auf Risikostratifizierung und Exit-Strategie. Wer sind vulnerable Gruppen und wie kann man sie schützen, wie soll das publiziert werden?

ToDo: Soll so schnell wie möglich verfügbar gemacht und regelmäßig aktualisiert werden. Angaben fließen auch in Steckbrief ein.

2	**Erkenntnisse über Erreger** • Nicht besprochen	Alle
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	Alle
4	**Kommunikation** **Kampagnen** • [geschwärzt] • Ein überarbeiteter Entwurf wird von FG14 geteilt. „community masks“ (hierfür soll ein besseres deutsches Wort gesucht werden) sollen genutzt werden, solange es Knappheit bei medizinischen Produkten gibt. • ABBAS hat Übersicht erstellt, wer welche Masken verwenden soll. Sobald sie veröffentlicht wurde; soll sie zirkuliert werden. • [geschwärzt] • [geschwärzt] **RKI-Pressestelle** • Besonders betroffene Gebiete wurden von der Webseite genommen. • Infopostfach: es gibt viele Helfer aus Abt. 2; [geschwärzt] wird wegen einer Beteiligung angesprochen. Masken sind zurzeit ein großes Thema: Nutzung in Pflegeheimen, im ambulanten Setting, die Wiederverwertung. • Alle werden von Anfragen überflutet, nicht alle Anfragen können individuell beantwortet werden, auch nich diejenigen aus der Fachöffentlichkeit, das hält zu sehr auf. Eine Sprachregelung mit Dank und Standardantworten ist sinnvoll und wird schon gemacht. • Zur Wiederverwendung von Masken gibt es ein Dokument, ein Dokument zur Dekontamination ist noch in Abstimmung.	BZgA FG14 Presse FG14
5	**RKI-Strategie Fragen** **Deeskalationsstrategie** • 4 Szenarien: ○ „<u>Hammer and Dance</u>“: Epidemie ist durch massive Maßnahmen über einen relativ kurzen Zeitraum	ZIG Alle

soweit gedrückt, dass Epidemie durch gezielte Fall- und Kontaktsuche in den Griff zu bekommen ist.

- Schaukel: Epidemie ist durch massive Maßnahmen über einen kurzen Zeitraum unterdrückt; Maßnahmen werden aufgehoben und bei weiterer Welle an Erkrankungen wieder eingeführt.
- Shield: Maßnahmen werden für allgemeine Bevölkerung aufgehoben, Risikogruppen werden geschützt, während eine weitere Durchseuchung der Bevölkerung stattfindet.
- Hammer – Dance – Stepwise + Shield: Bestehende Maßnahmen werden schrittweise, nach klinisch-epidemiologischen Parametern und bezogen auf wirtschaftliche und soziale Folgen zurückgenommen. Risikogruppen werden durch gezielte Maßnahmen geschützt.

- Soll jede Übertragung verhindert werden oder nicht? Davon hängt ab, wie mit vulnerablen Gruppen umgegangen wird und wann vulnerable Gruppen wieder in die Öffentlichkeit gehen können. Ist eine Durchseuchung der Bevölkerung erwünscht? Soll KoNa weiter betrieben werden?
- Am ehesten ist das 4.Szenario realistisch, eine akute respiratorische Erkrankung kann auf Dauer nicht aufgehalten werden. Der Aufwand wäre sehr groß und würde mit sehr großen Einschränkungen des öffentlichen Lebens einhergehen. Eine begrenzte Ausbreitung wäre tolerabel.
- KoNa steht im Vordergrund um die Ausbreitungs-geschwindigkeit zu kontrollieren. Es sollte max. Aufwand betrieben werden, um infizierte Personen früh zu entdecken. Der Eintrag von umgebenden Ländern kann nicht komplett ausgeschlossen werden. Die Ausbreitung in der Bevölkerung soll auf möglichst niedrigem Niveau stattfinden, d.h. möglichst geringe Viruszirkulation bis andere Maßnahmen verfügbar sind.
- Da Elimination vermutlich unrealistisch ist, muss entschieden werden, welche Steigerungsraten tolerabel sind. Eine täglich sich minimierende Zahl hinzukommender Fälle wäre erstrebenswert.
- Eine Durchseuchung der Bevölkerung sollte nicht anstrebt werden. Die Lösung für die gesamte Gesellschaft kann nicht nur in der Isolation von Älteren bestehen. Ältere Menschen können nicht dauerhaft sozial isoliert werden.
- Szenario 4 wird favorisiert: eine schrittweise Zurücknahme der Maßnahmen mit gleichzeitig massiver Ausweitung der Testung und KoNa sowie frühzeitige Isolation und konsequente Quarantäne.
- GA müssen hierfür besser aufgestellt werden; DEMIS sollte möglichst schnell ausgerollt werden, evtl. zunächst nur in einem LK oder BL. Hierfür stehen auch andere Neuentwicklungen im Bereich digitale Projekte zurück.
- An welchem Punkt mit der Aussetzung von Maßnahmen begonnen wird, ist Aufgabe der Politik. Das RKI kann klare Kriterien benennen und mit Werten für Indikatoren hinterlegen.

	[geschwärzt] • Die Strategie sollte vorab darauf getestet werden, wie sie ankommt. • Tragen von MNS könnte eine wesentliche Komponente sein, als erweiterte Standardhygiene. • Sollten FFP2-Masken wieder verfügbar sein und alle, bei denen es sinnvoll wäre, diese tragen würden, könnte dadurch die Ausbreitung stark verlangsamt werden. • [geschwärzt] auch beim RKI starten demnächst einige Studien. • [geschwärzt] hat [geschwärzt] noch nicht telefonisch erreicht, wird es aber weiterhin versuchen. [geschwärzt] berichtet schon seit Wochen über Geschmacksverlust. In so einem Fall bitte niederschwellig schnell an Personen mit Informationen herantreten. Auch wenn es sich nicht um offizielle Stellen handelt, können diese aktiv kontaktiert werden. • [geschwärzt] *ToDo: Kernpunkte in der schriftlichen Kommunikation mit [geschwärzt] [geschwärzt] schriftlich niederlegen, alles soll gut nachvollziehbar sein.*	
6	**Dokumente** **Stand Dokument – Umgang mit Leichen** [geschwärzt] **Optionen getrennte Patientenversorgung ambulant** • Nicht besprochen **Stand Flussdiagramm für Bürger** • Nicht besprochen	IBBS
7	**Labordiagnostik** **AG Labordiagnostik**	FG17/ZBS1 AL1

	• Die AG besteht aus 3 Gruppe: Intern, mit BMG und Schwesterinstituten und mit interessierten aus der Gruppe der Seuchenreferenten.	
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Entlasskriterien – ambulanter Bereich** • Nicht besprochen	IBBS/FG32/ alle
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **Maskenpflicht**: bei Kommunikation besprochen	
10	**Surveillance** • **Update verschiedene Surveillanceinstrumente zur Schwere** bei aktueller Lage besprochen	FG36
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Anordnungen gemäß Gesetz zum Schutz der Bevölkerung von nationaler Tragweite** • [geschwärzt] [geschwärzt] • [geschwärzt] • Ins Pressebriefing soll außerdem ein Text von [geschwärzt] zur getrennten Versorgung von COVID-19 positiven und negativen in Krankenhäusern. • <u>Erntehelfer</u>: wie soll mit diesen umgegangen werden? [geschwärzt] unterstützt BMI und BMEL bei der Entwicklung eines Konzepts, TK um 14 Uhr. Linie des Hauses ist eine freiwillige Quarantäne für 14 Tage als Ausgangspunkt. Ist das realistisch? Wie soll bei Erkrankungsfällen umgegangen werden? [geschwärzt] • [geschwärzt]	FG32
12	**Internationales (nur freitags)**	ZIG/FG32
13	**Update digitale Projekte (nur montags)**	FG21/Präs

14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	FG32
15	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Donnerstag, 02.04.2020, 11:00 Uhr [geschwärzt]	